

# *Hoitotulokset — onko niitä ja ovatko ne mitattavissa?*

*Ingalill Österberg*

Päihdehuoltoa vaaditaan yhä painokkaammin osoittamaan tuloksensa. Järvenpään sosiaalisairaala on jo kauan harjoittanut hoidon vaikutuksia koskevaa tutkimusta ja a-klinikkatoiminnan piirissä on seurantatutkimuksen käynnistäminen ajankohtainen; mm. Anja Siren ja Rauno Mäkelä suunnittelevat hoitotulosten seurantaan Tampereella. Tavoitteena on, että päihdehuolto voisi päästä yhtenäisiin arviointikriteereihin. Jo vuonna 1961 Kettil Bruun ja Touko Markkanen julkaisivat erittäin perusteellisen tutkimuksensa Onko alkoholismi parannettavissa? Kyseessä oli vertaileva tutkimus Helsingin A-klinikan ja Hesperian sairaalan poliklinikan alkoholiiasiakkaista.

Hoitotutkimus on tarpeellinen monesta eri syystä, mm. yhä tavallisemmin esiintyvän hoitopessimismin vuoksi. Varsin usein asetetaan kyseenalaisiksi hoidon päämäärät, eri hoitomuodot ja hoidon tulokset. Huonoista tuloksista syytetään asiakkaita, päihdeongelman luonnetta, hoitoperiaatteita tai hoitohenkilökuntaa. Valitetaan, että lähiympäristö tai yhteiskunnalliset tekijät sabotoivat hoidon tuloksia. Joskus sanoudutaan irti koko siitä ihmis- ja yhteiskuntakäsityksestä, johon hoito perustuu.

Usein viitataan siihen, että hoidotta jäävät saattavat selviytyä yhtä hyvin — tai yhtä huonosti — kuin hoidossa olleet. Eräät toteavat, ettei millään muulla alueella — esim. teollisuudessa — olisi mahdollista hyväksyä niin suurta määrää ”epäonnistuneita tuotteita”, mihin päihdehuollossa on alistuttu. Myös niiden, jotka eivät hyväksy ihmisten esineellistämistä ja joiden mukaan terapia ei ole

verrattavissa konevikojen korjaamiseen, on myönnettävä päihdehuollon tulosten olevan heikkoja, jos niitä mitataan vain raittiudella. Tuskinpa tilanne näyttäisi paremmalta, jos mittapuuna pidetään syrjittyjen päihdeongelmaisten sosiaalista kuntoutusta.

Enää ei siis tyydytä vain yksittäisiin esimerkkeihin hyvistä hoitotuloksista, terapeuttien vakuutuksiin, joiden mukaan myönteisellä hoitoilmastolla on laajakan-toisia, mutta vaikeasti mitattavissa olevia vaikutuksia. Oikeutettuna pidetään esim. kysymystä hoidon taloudellisesta kannattavuudesta.

Tarkoitukseni ei ole tässä todistella hoidon kannattavuutta, saati sen mielekkyyttä. Sen sijaan haluan tuoda hoitopessimismisiä ja hoito-optimismia koskevaan keskusteluun eräitä näkökohtia ja tarkastella niiden syitä ja seurauksia sekä arviointiin sisältyvää problematiikkaa, joka edellyttää kysymysten uudelleen muotoilemista.

## *Hoito rangaistuksena*

Hoitoon kohdistuva arvostelu on ollut lähtöisin mm. ryhmistä, jotka ovat analysoineet poikkeavan käyttäytymisen kontrolloita. 1960-luvulla kohosi tärkeäksi väittely hoidon vaaroista mm. Pakkoauttajat-kirjassa. Edistykselliset johtopäätökset olivat, että on vähintään yhtä tärkeää kontrolloida päätöksentekijöitä ja vallankäyttäjiä ja tarkistaa heidän käyttämiään kriteereitä kuin kohdistaa huomiota vain poikkeaviin yksilöihin. Edelleen todettiin, että on helpompaa muuttaa kontrollipolitiikkaa kuin poikkeavia henkilöitä ja että

yhteiskunnalliset — esim. alkoholipoliittiset — toimenpiteet vaikuttavat enemmän kuin hoito. Arkisesti sanottuna hoitotulokseen saattaa ratkaisevasti vaikuttaa se, että asiakas joutuu työmatkallaan ohittamaan monta kapakkaa ja että hänen juomatottumuksensa määräytyvät palkkapäivän mukaan.

Miten kriminaalipoliittinen keskustelu on mahtanut heijastua päihdehuoltoon kohdistettuun arvosteluun? Minkälainen vaikutus narkomaniakeskusteluun on ollut Nils Bejerotin (1968) vietti- ja kulkutautiteorioilla ja sillä, että tämä vahvasti epäilee vapaaehtoista hoitoa? Millä tavoin Hassela-malli eli nuorille väärinkäyttäjille järjestetty pakkohoito tulee mahdollisesti vaikuttamaan asenteisiin?

Suomalaisista tutkijoista, jotka ovat antaneet arvokkaan panoksensa, eivät yksinomaan hoitopoliittiseen, vaan myös alkoholipoliittiseen ja kriminaalipoliittiseen keskusteluun, voidaan mainita Kettil Bruun, Klaus Mäkelä, Patrik Törnudd ja Achilles Westling. Keskeisiä kysymyksiä ovat olleet ennaltaehkäisyyn mahdollisuudet yksilötasolla ja yleisesti sekä hoitorangaistuksena. Siteeraan Klaus Mäkelän kärjistynyttä väittämää: ”Psykoterialla voisi olla viihteellinen luonne koulukodeissa tai vankiloissa, mutta sama viihdearvo saavutettaisiin huollettaville vähemmällä kustannuksella tilaamalla re-vyy-näytös laitokseen. Keskeistä ei ole hoidon ja rangaistuksen välinen ero. Keskeinen on kysymys, onko kiltti vai ilkeä poikkeavia yksilöitä kohtaan, ja järjestelmän kannalta ero pakon ja vapaaehtoisuuden välillä on keskeisin” (Mäkelä 1967). Mäkelän ja Eero Tuomisen erästä oululaista hoitokotia koskevassa tutkimusraportissa (1967) todetaan, että tärkeämpi kuin hoidon vivahteiden tutkiminen oli paikallisen työllisyystilanteen merkitys. Tuominen on julkaissut monta muutakin hoitotuloksia koskevaa tutkimusta.

### *Teorioiden viidakko*

Eri terapeuttisten koulukuntien ja asia-

kasryhmien kesken esiintyy voimakkaita ristiriitaisuuksia suhtautumisessa hoidon mahdollisuuksiin. Tämä voi olla tietysti varsin hämmentävää suuren yleisön ja uusien asiakkaiden kannalta. Eri arvostusten ja teorioiden viidakko on tosiasia. Tästä syystä vaihtelevat tietysti myös käsitykset terapian vaikeusasteesta. Onko päihdeongelmaisten terapia vaikeusasteeltaan verrattavissa psykoottisten potilaiden terapiaan — kuten esim. Pekka Kiviranta (1976) väittää — vai riittääkö yhtä lailla hyvien neuvojen antaminen ja tuen tarjoaminen kuten myös on yritetty osoittaa (Edwards & al. 1977)? Onko kysymys sairaudesta vai opitusta käytäytymisestä? Keskeinen erimielisyys saattaa koskea oireen käsittelemistä. Onko ensin hoidettava oiretta vai sen taustalla olevia syitä? Onko lievennettävä ahdistusta lääkkeillä vai onko tavoitteena pidettävä sitä, että ihmiset oppivat kohtaamaan ahdistuksensa? Yksimielisiä ollaan kuitenkin siitä, että oireiden käsittely on välttämätöntä tiettyyn rajaan saakka tai kaikkien muiden tulosten edellytyksenä. Jotkut terapeutit eivät halua keskittyä vain alkoholiongelmiin vaan elämänongelmiin yleensä. Suhtautuminen krapulahoitoon, ryhmähoitoon, kriisihoitoon, perhehoitoon, avo- ja laitoshoitoon vaihtelee niin ikään. Kumpi on edullisempaa: lyhyt- vai pitkäaikainen hoito? Onko hoidon tapahduttava asiakkaan vai lähiympäristön ehdoilla ja mikä on oikea kompromissi? Mitä tarkoittaa asiakkaan itsemääräämisoikeus? Ajan-kohtainen suuntaus päihdehuollossa ovat selkeiden tavoitteiden asettelu ja kokonais kuntoutuksen suunnittelu. Ne terapeutit, jotka lukeutuvat esim. Gaetano Benedettin oppilaisiin, saattavat kuitenkin pitää terapian ”rajattomia mahdollisuuksia rajoittavana” asettaa selkeitä tavoitteita hoidon alkuvaiheessa.

### *Hoitopessimismi — hoito-optimismi*

Nykyisin vallitseva hoitopessimismi saattaa merkitä eri asioita. Ollaanko pessimistisiä asiakkaan, hoidon, yhteis-

kunnan vai kaikkien näiden suhteen? Jos pessimismi kohdistuu asiakkaaseen, on palattu perinteiseen lähtökohtaan: Alkoholisti on toivoton ja parantumaton, hän ei halua apua, hän ei tunnusta ongelmaansa, hän ei opi kokemuksesta, hän ei hakeudu vapaaehtoisesti hoitoon, vaan hänet on pakotettava siihen. Nämä pessimistit saattavat yhtäkkiä muuttua optimisteiksi pakkohoidon mahdollisuuksista puhuttaessa. Monet kokeneet terapeutit suhtautuvat kuitenkin epäilevästi pakko-hoitoon, joskin he hyväksyvät tarkasti määritellyn lyhytaikaisen pakon käytön. Yleisesti ollaan kuitenkin hämmästyttävän yksimielisiä onnistuneen hoidon ehdoista. Korostetaan, että hoidon tulee perustua molemminpuoliseen luottamukseen, asiakkaan aktivoimiseen ja hänen omaan vastuunottamiseensa.

Pessimistiset asenteet olivat meillä voittopuolisesti vallalla aina 1940-luvun loppupuolelle saakka, jolloin painopiste oli laitoshoidossa. Suurena vedenjakajana tässä synkässä ajattelussa olivat siihen aikaan markkinoille tullut antabus, AA-liikkeen Suomessa saama jalansija sekä a-kotien ja a-klinikoiden käynnistäminen. AA:n ideologia on pessimismin ja optimismin yhdistelmä: alkoholismia pidetään parantumattomana, mutta alkoholistin mahdollisuuteen raitistua uskotaan. AA:n tulokset ovat antaneet monelle arvostelijalle aihetta optimismiin. Nykyään AA on itsekkin kiinnostunut tulostensa arvioinnista. Tähän saakka ei ole ollut mahdollista saada tietoja siitä, paljonko AA:n piirissä on ollut epäonnistumisia.

Väitetään, että alkoholisteihin asennoituminen on muuttunut myönteiseen suuntaan. Epäilemättä näin on tapahtunut, mutta kaikesta huolimatta alkoholismi johtaa yhä edelleen leimaamiseen, ja monet jäävät ilman hoitoa. Ei ole liioin harvinaista, että avainasemassa olevat henkilöt suhtautuvat pohjattoman pessimistisesti hoidon mahdollisuuksiin. Hoitolaitoksella, jonka on pakko todistaa olemassaolonsa oikeutus, ei ole varaa avoimesti osoittaa hoitotuloksiaan niitä

kaunistelematta tai kilpailematta muiden kanssa. Tällöin ei tuoda esille sitä, että hoito on täysin riippuvaista yhteistyöstä muiden kanssa. Ei ole aivan ainutlaatuis-ta, että hoidon arviointi johtaa toiminnan lakkauttamiseen — siitäkkin huolimatta, että terapeutit tulkitisivat hoidon tulokset myönteisiksi.

Tärkein tieto tulee luonnollisesti niiltä päihdeongelmaisilta, joilla on omakohtaisia kokemuksia hoidosta. Heidän subjektiivisen käsityksensä hoidosta tulee tietysti olla arvioinnin perustana. Koska hyvät hoitotulokset jäävät usein piiloon, on arvokasta, että esim. A-killat (potilasyhdistykset) tiedottavat avoimesti ja ei-nimettömästi. Monien arvioijien kokemukset alkoholistien mahdollisuuksista raitistua ovat kaikesta huolimatta kielteiset. Siksi ei ole harvinaista, että turvaututaan äärimalleihin ja väitetään, että vain radikaalinen täyskäänne — esim. uskonnollinen herätys — voi auttaa. Kuka haluaa arvostella arvostelijoita sen vuoksi, että heiltä puuttuu laajoja perspektiivejä ja että he eivät voi vertailla päihdeongelmaisia muihin ryhmiin? Alkoholistien oireet ovat paremmin näkyvissä ja herättävät enemmän tunnereaktioita. Kuka pystyy yhtä hyvin arvioimaan, miten hoito on onnistunut, kun on kyse esim. pakkoneurootikko- tai vatsahaavapotilaasta?

### *Terapeutin pätevyys*

Arvostelu voi kohdistua terapeutteihin, heidän soveltamiinsa periaatteisiin ja heidän persoonallisuuteensa. Jotkut kysyvätkin, onko usein hahmottomuutta ja pirstoutuneeseen hoitoon syynä se, että hoitohenkilöt, jotka itse ovat epävarmoja ja joilla on ratkaisemattomia henkilökohtaisia ongelmia, hakevat kompensatiota tältä alueelta.

Hoitohenkilökunta tuntee olevansa hyökkäyksen kohteena ja sen mielestä hoitopessimismi on perusteetonta ja epäoikeudenmukaista. Hoitohenkilökunnalla on jo ennestään ollut alhainen status. Terapeutti kysyy epätoivoisesti,

eikö ole mieletöntä yrittää kehittää ammattitaitoa, kun väitetään, että on samantekevää, saako ihminen hoitoa vai ei, ja ettei käytettyjen menetelmien välillä ole eroja. Terapeutti kehottaa tässä tilanteessa tutkijoita valitsemaan toisia — ei yksinomaan oirekeskeisiä — kriteereitä tai olemaan mittaamatta tuloksia vain raittiudella silloin, kun hoitotavoitteet ovat laajemmat. Heistä mittarit ovat liian karkeita eivätkä anna oikeita vastauksia.

### *"Hyssyttelystä on päästävä"*

Jotkut vastustavat esim. krapulaisten hoitamista, koska silloin muka palkitaan heidän oireitaan ja rohkaistaan heitä jatkamaan juomistaan. Selviämisasemien perustamisen vastustaminen voidaan pukea toteamukseen, että aniharva kuolee poliisiputkissamme, tai iskulauseeseen "On päästävä eroon hyssyttelystä". Päihdehuoltoa tai leimaavana pidettyä erityishuoltoa vastustettaessa käytetään myös poliittisia argumentteja: se voi suosia sopeuttamisfilosofiaa, joka vakiinnuttaa sosiaalisia epäkohtia. Terapeutit, jotka uskovat, että terapia on epäpoliittista, saavat kuulla olevansa naiiveja. Vastoin heidän käsityksiään ongelmat ja niiden ratkaisu ovat löydettävissä pikemminkin esim. työehdoista ja asuinympäristöistä kuin vuorovaikutustekijöistä ja perheterapiasta. Yhteiskuntakriitikot saavat puolestaan kenties vastaukseksi, ettei poliittinen tiedostaminen mahdollistu, jos on olemassa ratkaisemattomia päihdeongelmia, ja että terapeutin yhdyskunnan malli voi johtaa koko yhteiskunnan demokratisoitumiseen. Tämäntyypiset poliittiset argumentit voivat johtaa epäinhimillisiin seurauksiin niiden ihmisten kannalta, jotka tarvitsevat apua akuutteihin kriiseihin tämän päivän yhteiskunnassa.

### *Liialliset odotukset ja epäusko vaihtelevat*

Monasti hoitohenkilökunta saa suotta

joko kiitokset tai moitteet hoitotuloksista. Vastaavasti voidaan vastuuta siirtää liiaksi vain asiakkaille, koska oman tahdon merkitystä korostetaan tarpeettoman paljon. Ruotsin sosiaalhallituksen julkaiseman raportin mukaan vähiten hoitopessimismiä esiintyy niillä työntekijöillä, joiden työkokemus on pisin. Pessimismi on vaikein katkaisuhoidossa, johon samat asiakkaat palaavat yhä uudestaan. Hoitopessimismin seurauksena on, ettei hoitohenkilökunta pysty kokemaan työniloa tai pitämään työtään mielekkäänä. Tuloksena voi olla passiivisuus ja välinpitämättömän suhtautuminen vaihtoehtojen hoitomallien kehittämiseen. Tämän lisäksi pessimismi vaikuttaa päätöksentekijöiden halukkuuteen investoida hoitoon sekä mahdollisten uusien asiakkaiden motivaatioon hakea apua.

Hoitopessimismi voi olla peräisin eri lähteistä. Arvostelu on luonnollisesti tarpeellista ja hyödyllistä varsinkin, jos voidaan osoittaa, että lähiympäristön vastuu sekä elinehdot ovat oleellisempia kuin ns. hoitomotivaatio sekä yhteistyö terapeutin ehdoilla. Saattaa olla tärkeää osoittaa, että hoito voi olla jopa vahingollista, jos se luo uuden riippuvuuden, vahvistaa negatiivista identiteettiä tai saa aikaan laitostumista ja uhkaa yksilön oikeusturvaa.

Samat arvostelijat saattavat ailahdella liiallisten odotusten ja epäuskon välillä. Omaiset ja työpaikat voivat odottaa liikaa ja vaatia nopeita, täydellisiä tuloksia. Virheelliset odotukset johtavat ehkä uusista yrityksistä luopumiseen sekä oman osuuden kieltämiseen.

### *Odotusten merkityksestä*

Päihdeongelman luonteesta ja hoidettavuudesta annettu informaatio vaikuttaa tietysti itse ongelmaan. Myönteiset odotukset eli usko ihmisten muuttumiskykyyn — joskaan tavoitteita ei voida asettaa yhtä korkeiksi kaikkien kohdalla — voivat kannustaa asiakkaita tekemään parhaansa. Vastaavasti kielteiset odotukset saattavat toimia itseään toteuttavina



ennusteina. Välillä hoito rakentuu valitettavasti siten, että huonoimman hoidon saavat sellaiset, joiden ennustetta pidetään heikkona. Miten välttyä tarjoamasta sellaista hoitoa, johon kuuluu odotus, että hoidettava ei yllä asetettuihin tavoitteisiin? Miten tukitoimenpiteitä voitaisiin maksimoida retkahtamisen riskin ollessa suurin tai esim. laitoshoidon päättyessä?

Kaikkeen hoitoon sisältyy erilaisia suggestiovaikutuksia. Annettaessa farmakologisesti tehottomia lääkkeitä puhutaan ns. placebo-vaikutuksesta eli lääkkeen psykologisesta merkityksestä (placebo, lat. = tulen miellyttämään). Pioneerihenki ja kokeilunluonteiset projektit johtavat usein hyviin tuloksiin herättämänsä innostuksen ansiosta.

### *Ristiriita vai idylli*

Missä määrin on olemassa ristiriitoja hoitoyhteisöjen ja yhteiskunnan välillä? Milloin ne ovat ymmärrettäviä, jopa toivottuja tai ainakin siedettäviä? Minkälaisissa tapauksissa niitä ei tule kieltää vaan päinvastoin saattaa päivänvaloon ja milloin ne muuttuvat vahingollisiksi? Hoito-organisaation tehtäviin kuuluu oikeista tavanomaisista pinnallisista käsityksistä ja paljastaa monimutkaisia syy-yhteyksiä. Terapeuteilla, asiakkailta ja heidän omaisillaan saattaa olla vastakkaisia käsityksiä ongelmien kehityksestä ja ratkaisumalleista. Ellei päästä yhteisymmärrykseen keskeisistä kysymyksistä, toivottuja tuloksia ei voida liioin saavuttaa. Jo tästä syystä ovat eri osapuolten välinen vuorovaikutus ja mm. omaisten osallistuminen hoitoon välttämättömiä. Terapeutit joutuvat vaatimaan tasapainotteluun, koska heidän on samanaikaisesti välitettävä uskoa hoidon mahdollisuuksista ja tuotava esille realistiset vaikeudet liiallisten odotusten torjumiseksi.

### *Alkoholismi — moraalinen ongelma?*

Vaikeasti kiellettävissä oleva tosiseikka, josta keskustellaan liian vähän, on se, että enemmistö ei katso alkoholismilla

olevan vain moraalisia seuraamuksia, vaan pitää sitä sinänsä moraalisena ongelmana. Mikä mahtaa olla esim. moderni teologinen tulkinta päihdeongelmasta? Haluaako kirkko ilmaista kantansa?

Ei mikään hoitosektori ole samalla tavalla arvostelun kohteena tänään kuin päihdehuolto. Mielenkiintoinen on myös päihdeasiainneuvottelukunnan vuonna 1978 antamaan mietintöön sisältyvä eriävä mielipide, jossa kaksi raittiusliikettä edustavaa jäsentä toteaa, että kun päihdeongelma sekä huollon tai hoidon tarve syntyvät vain henkilön itsensä aiheuttamina, on tämä saatava itse vastaamaan kustannuksista. Olisiko tällainen mahdollista muilla alueilla, joihin liittyy sosiaalisia, psyykkisiä tai psykosomaattisia ongelmia? Millä muulla sektorilla olisi liioin mahdollista soveltaa, kuten narkomanioidossa, Synanonin tai Daytopin kaltaisia hoitomalleja, joissa narkomaanin odotetaan hyväksyvän itseään koskevia ankaria moraalisia tuomioita, jos hän rikkoo kollektiivin säännöt?

Myös meillä päihdehuollon on pakko soveltaa karenssiaikoja. Alkoholimyrkytyksen saaneiden on varsin usein oltava alkeellisissa poliisiputkissa, ja jopa erityishuollon on, paradoksaalista kylläkin, vaikeata ottaa vastaan päihtyneitä. Välillä asiakas, joka yrittää noudattaa hoitoperiaatetta "olla avoin ja rehellinen", voi esim. joutua torjutuksi, jos hän laitoshoidon aikana paljastaa juoneensa lomallaan. Päihdeongelmaisen on myös vaikeata saada apua työvoimatoimistoilta.

### *Erityishoidon rajoitukset*

Erityishoito on tarpeellinen, koska päihdehuollon liittäminen normaalipalveluihin on vaikeata torjuvien asenteiden vuoksi. Mitä etua olisi siitä, että päihdeongelmia voitaisiin hoitaa laitoksissa, joiden ohjelmiin kuuluisi ihmissuhdevaikeuksien hoitaminen? Alkoholismissa ei pystytäkään osoittamaan samalla tavalla kapea-alaisia erityispiirteitä kuin lääketieteen ja psykiatrian alueilla. Se ei kuulu vain jollekin tietylle tieteelle tai hoitosek-

torille vaan hyvin monelle, ja sen takia kaikkien on otettava osavastuunsa. Eri-tyishoito voi johtaa vaikeasti murrettaviin ahtaisiin ajatteluratoihin ja oirekeksyyteen.

Liian usein ei voida korostaa sitä, miten epäyhtenäinen päihdeongelmaisten ryhmä on. Päihdeongelma koskee mm. sekä taloudellisia, sosiaalisia, biologisia että psykologisia ulottuvuuksia. Sosiaaliryhmä, ammatti, sukupuoli, ikä, perhetilanne vaikuttavat sekä ongelman kehitykseen että hoitotuloksiin. Tähän liittyy asiantuntijoihin kohdistuva ambivalenttinen asenne. Toisaalta halutaan siirtää vastuu heille ilman, että lähiympäristö olisi valmis näkemään omaa osuuttaan ja omia mahdollisuuksiaan. Toisaalta monet taas pitävät itseään asiantuntijoina. Käsitykset ovat usein jyrkkiä ja "varsinaisilla" asiantuntijoilla tarkoitetaan usein entisiä päihdeongelmaisia. Väitetään yksipuolisesti, että vain alkoholisti voi ymmärtää toista alkoholistia, ja tuntuu siltä kuin uskottaisiin, että kaikilla päihdeongelmaisilla on samanlaiset taustaelämykset.

Minusta päihdehuollon tärkeimpiä tavoitteita on, että vastuu päihdeongelmista jaetaan lähiympäristön eli perheen, tukihenkilöiden, työpaikkojen ja asuin- ympäristöjen kesken. Terapeutit joutuvat jatkuvasti toteamaan, miten hoidon ulkopuolella olevat syyt, esim. työttömyys ja asunto-ongelmat, vaikuttavat haitallisesti hoitotuloksiin.

### *Realistisia ja epärealistisia tavoitteita*

Vaikeuttavana tekijänä on, että normaalin ja poikkeavan alkoholin käytön välinen raja on epämääräinen ja liukuva yhteiskunnassa, jossa alkoholiin asennoitutaan ristiriitaisesti. Alkoholin ihannoiti voi johtaa siihen, että monet pitävät humalan tavoittelemista täysin sallittuna. Kuinka "normaali" on ylipäänsä "normaalikuluttajan" suhtautuminen alkoholiin? Alkoholismi on vaikeasti hoidettavissa mm. siksi, että itse oire, juominen, antaa tyydytystä. Raittiutta ei liioin palkita, vaan päinvastoin esiintyy

ryhmäpainetta juomiseen. Toisaalta vaaditaan, että alkoholistien on oltava täysin raittiita, ja voidaankin kysyä, herättääkö ei-päihdeongelmaisissa liaksi ahdistusta, jos tämä ei olisi ainoa vaihtoehto. Tällöin ei olisi olemassa riittävän selväpiirteisiä eroja päihdeongelmaisten ja muiden kesken.

Kysymys kohtuudesta ja ehdottomuudesta ei ole toisarvoinen, joskin se on saanut suhteettoman paljon huomiota muiden tärkeämpien kysymysten, esim. hoidon sisällön ja yhteiskunnan syrjimis- mekanismien, kustannuksella. Näissä kysymyksissä liikutaan usein dogmaattisella maaperällä. Norjassa Fanny Duckert on ohjannut kokeiluryhmiä, joissa tavoitteena on ollut saada päihdeongelmaiset kontrolloimaan alkoholin käyttöönsä. Hän on saanut arvostelua osakseen, koska on pidetty vaarallisena välittää sellaisia tietoja, joiden mukaan täysraittius ei ole ainoa vaihtoehto. On aiheellista kysyä, minkälaisissa maissa voitaisiin nykyään suorittaa vastaavia kokeiluja.

Huolimatta siitä, että terapeuttien ja asiakkaiden enemmistö pitää täysraittiu-utta ihannetavoitteena, se tietää kuitenkin, ettei ole realistista odottaa kaikkien pystyvän saavuttamaan täysraittiu-utta. Sen vuoksi on valittava osatavoitteita. Asiakas on usein itse taipuvainen asettamaan liian korkeita tavoitteita hoidon alussa kuvitellessaan, että hoitohenkilö- kunta vaatii häneltä raittiutta ja vastaa kontrollista.

### *Hoitotulosten arviointi*

Miten hoitotulos on arvioitavissa, ellei asiakkaan tilanne ole pahentunut? Milloin status quo on riittävän hyvä tulos? Onko hoitotulos hyvä, jos hoidettava välttyy itsemurhalta, mutta jatkaa juomistaan? Tässä yhteydessä muistuvat mieleen ne, jotka muutamia vuosia sitten esittivät julkisesti, että suurin palvelu, minkä asunnottomat alkoholistit voivat tehdä yhteiskunnalle, on tehdä itsemurha.

Miten hoitotulokset ovat arvioitavissa, jos alkoholittomuudet eivät ole muuttu-

neet, mutta elämäntavat ovat tulleet enemmän ihmisarvoa vastaaviksi? Vertailu esim. syöpäpotilaisiin osoittaisi, että hoitoa jatketaan myös toivottomissa tapauksissa ja että pidetään tärkeänä, että ihmiset saavat kuolla tavalla, joka ei loukkaa heidän itsekunnioitustaan. Onko tosiaan mahdollista puhua onnistuneesta hoidosta, jos oireet siirtyvät asiakkaasta muihin perheenjäseniin? On itsestään selvää, että hoitotulokset eivät voi aina olla toivottuja lähiympäristön kannalta. Ellei välitetä koko järjestelmästä, esim. perheen dynamiikasta, voi hoidon ulkopuolelle jääneiden omaisten olla vaikeaa sopeutua asiakkaassa tapahtuneisiin muutoksiin. Myönteinen on hoidon tulos kenties silloin, kun lukossa ollut riippuvuussuhde murskautuu ja kun aikaisemmin alistunut henkilö uskaltaa ilmaista tunteensa ja mielipiteensä. Onko pidettävä myönteisenä vai kielteisenä, jos asiakas alkaa kokea syyllisyyttä juomisestaan vai jos hän alkaa juoda hyvällä omallatunnolla? Onko myönteistä hyväksyä itselleen "alkoholisti-identiteetti" ja ruveta analysoimaan alkoholin kulutusta käsitteillä "retkahtaminen" ja "kuivat kaudet"? Onko mielekästä rekisteröidä hoitotuloksia, jotka kertovat perheenjäsenen mielenterveyden parantuneen, esim. alkoholistin vaimon migreeni on lieventynyt, lapsen koulumenestys on kohentunut ja ahdistusoireet ovat hallittavissa? Onko arvokasta auttaa sairauseläkkeellä olevaa tai työtöntä päihdeongelmaista siitäkin huolimatta, että hän ei ole "hyödyllinen" yhteiskunnalle eikä kuulu aktiiviväestöön? On tavallista, että hoidon onnistumisen kriteerinä käytetään asiakkaan työtilannetta hoidon jälkeen. Mutta mitä tämä tieto itse asiassa paljastaa hoidosta? Lähinnä se kertoo työmarkkinoiden kyvystä sijoittaa työntekijöitä. Vähintään yhtä tärkeää kuin tutkia hoidettujen asemaa olisi keskustella niistä päihdeongelmaisista, joita päihdehuolto ei pysty tavoittamaan.

## *Mittauksen vaikeudesta*

Onko mahdollista luoda yksinkertaisia arviointikriteereitä, ilman että samalla joudutaan valitsemaan liian suppeita lähestymistapoja? Onko valittava luonnontieteellinen vai humanistinen analyysi? Bo Larssonia (1971) siteerataan usein: "Joka ankarasti etsii yksinomaan objektiivisesti helposti mitattavissa olevia muuttujia, tekee kuin juopunut, joka etsii kadonnutta avaintaan lyhtypylvään vierestä, ei sen vuoksi, että hän uskoisi pudottaneensa avaimen siihen, vaan koska siinä on valoisampaa etsiä?" Emme pysty päihdehuollossa esittelemään yhtä objektiivisia tuloksia kuin painonvartijat siitäkään huolimatta, etteivät hekään voi olla välittämättä mielenterveydellisistä näkökohdista.

Jos tavoitteena on hoitokynnyksen pitäminen matalana ja hoitoonhakeutumisen tekeminen mahdollisimman helpoksi, saadaan luonnollisesti valikoitumattomia asiakasryhmiä. Ongelmien asteikko on silloin laaja, ja tuloksia on arvioitava suhteessa jokaisen lähtökohtaan, odotuksiin ja voimavaroihin. Jos asiakas aivan sattumoisin on pistäytynyt "hoitokoneistossa" saadakseen tilapäisen avun krapulaansa, on aivan mielehtöntä käyttää tätä "hoitotulosta" osoittamaan, että hoito on joko samantekevää tai kannattavaa.

On selvää, että tulokset ovat erilaisia, jos asiakkaat "tunnustavat" päihdeongelmansa, hyväksyvät antabushoidon ja tuntevat voittavansa paljon raitistuessaan. Iällä saattaa olla joskus tärkeä merkitys. Toisaalta ei liioin ole aina helppoa käsitellä ongelmia niiden varhaisvaiheissa. Eräissä tapauksissa elämänongelmat eivät tunnu enää ylitsepääsemättömiltä keski-ikäisen kriisien ohittamisen jälkeen. Hoitotulokset on nähtävä suhteessa hoitoaikaan, hoitoketjun eri vaiheisiin ja seurannan pituuteen.

## *Esimerkkejä arvioinneista*

Tavoitteellinen, tuloksiaan arvioiva hoito on tietysti etu sekä terapeuteille



että asiakkaille edellyttäen, ettei valita vain teknokraattisia kriteereitä, vaan asetetaan tavoitteita ja arvioidaan niitä ryhmien omilla ehdoilla. Tällöin on mahdollista investoida hyödyllisempiin hoito-malleihin. Itsestään selvää kuitenkin on, ettei arviointi saa vaikuttaa terapiaan siten, että hoito typistetään vain mitattavissa olevaan.

Tänä päivänä on olemassa useita ajan-kohtaisia tutkimusraportteja, jotka voivat inspiroida keskusteluamme hoidon tuloksista. Mainitsen tässä yhteydessä eräitä pohjoismaisia, koska minusta tuntuu, että pohjoismaista tutkimusta tunetaan meillä liian vähän. Tuleeko pakko-hoitoa edustava ruotsalainen Hassela-malli olemaan parhaiten tunnettu meillä, ja tullaanko Hasselaa käyttämään vapaaehtoishoidon vastustamiseen? Kuitenkin on saatu monia vastaavasti myönteisiä tuloksia vapaaehtoisuuteen perustuvasta hoidosta, josta ei valitettavasti tiedoteta yhtä tehokkaasti. Epäilemättä on syytä tutkia tätä Hassela-mallia, jota mm. Anna Thelander (1979) on analysoinut. Muista kriittisistä tutkimuksista mainittakoon mm. Karin Normanin tutkimus (1978) kahdesta Långbron sairaalan narkomaaniosastosta, Per Vaglumin tutkimus (1978) Dikemarkin sairaalasta, Rosemarie Eliasonin analyysi (1979) Nacka-projektista sekä Håkan Jennerin väitöskirja (1979) eräästä terapeuttisesta yhdyskunnasta. Jenner kysyy: "Mitkä ovat eri hoitomenetelmien vaikutukset, minkälaisille henkilöille ja millaisissa olosuhteissa?" Hän osoittaa, että hoitoilmasto vaikuttaa eniten hoitotuloksiin, eivät asiakkaiden taustatekijät. Iskulause kuuluu sen takia: "Ei ole olemassa toivottomia tapauksia vaan ainoastaan hyvä tai huono hoito." Jenner toteaa, että raitistunut saattaa elää täysin eristäytyneenä kuin "sosiaalisesti kuollut". Sen sijaan henkilö, jolla on ollut retkahduksia, voi selviytyä paremmin, mitä tulee esim. itseluottamukseen, parantuneisiin ihmissuhteisiin, "pärjäämiseen" ja lisääntyneisiin poliittisiin resursseihin. Nämä tulokset ovat myös sopu-soinnussa Vaglumin havaintojen kanssa,

koska hänkin sai esille käytetyistä hoito-menetelmistä johtuvia eroja.

### *Ei arviointia ilman perspektiiviä*

Hoitolaitokset ovat verrattavissa runsaudensarveen. Niissä näyttäytyy elämän rikas väriasteikko kokonaisuudessaan. Niihin keskittyy kriisejä, kärsimyksiä ja lukkiintuneiden elämäntilanteiden intensiivistä muutosyritystä. On kysymys äärettömän rikkaasta eri lähtökohtien muunnelmasta. Ellei halua olla perspektiiviton, tulokset on suhteutettava tätä taustaa vasten ja niitä on tarkasteltava järjestelmän kannalta eikä vain yksilön.

Onko siinä mitään ihmettelemistä, että kaikki päihdeongelmaiset eivät pysty raitistumaan? Onko yllättävää, että liian monet jäävät ilman apua, että tragedioiden riski on suuri, että moni kuolee ennenaikaisesti, että itsetuho ja syrjiminen ovat vahvat näissä ryhmissä? Ehkä olisi sen sijaan syytä hämmästellä sitä, että eräät kaikesta huolimatta onnistuvat ja elävät hyviä kausia, jotka vaihtuvat huonompiin, kuten monella muullakin ihmisellä. Vaikeimmat ongelmat eivät kenties ole ratkaistavissa. Jotkut oppivat elämään niiden kanssa ja voivat jopa kasvaa niiden ansiosta — jotkut murskautuvat niiden painosta. Jotta voitaisiin tarjota ihmisille parempi apu kuin tällä hetkellä on mahdollista, tarvitaan toimenpiteitä monella tasolla. Kun on kysymys näiden toimenpiteiden tärkeysjärjestyksestä sopimisesta, olemme taas tekemisissä elämänkatsomuksellisten kysymysten kanssa.

### *Kirjallisuus*

A-klinikoiden ja nuorisoasemien johtajien työnohjaus 5.—6. 4. 1979. A-klinikka-säätiö. Moniste

Bejerot, Nils: Narkotikafrågan och samhället. Aldus 1968

Benedetti, Gaetano: Kliininen psykoterapia. Otava 1974

Bruun, Kettil & Markkanen, Touko: Onko alkoholismi parannettavissa? Väki-



juomakysymyksen tutkimussäätiön julkaisu 11. Helsinki 1961

Duckert, Fanny: Attføring av stoff- og alkoholmisbrukere. Erfaringer fra ett proveprosjet. Fylkesarbeidskontoret for Oslo og Akershus. Oslo 1978

Edwards, Griffith & al.: Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". J. Stud. Alc. 38: 1004—1031, 1977

Eliasson, Rosemarie: Den nya psykiatrin i korseld. En rapport från Skå om Nacka-projektet. Psykoterapi och ideologi. Prisma 1979

Eriksson, Lars D. (toim.): Pakkoauttajat. Tammi 1967

Jenner, Håkan: Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle. En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare. Uppsala Studies in Education No 7, 1979

Kiviranta, Pekka: Alkoholismin hoidon problematiikkaa I. Yleisiä näkökohtia. Alkoholipoliittikka 41 (6): 252—256, 1976

Lanu, K. E.: Päämäärät alkoholistien hoidossa. Teoksessa: Heikki Waris ja 15 tohtoria. A-klinikkasäätiön julkaisu 2. Porvoo 1961. s. 113—152

Larsson, Bo: Värdering av resultat vid psykoterapi. Statistisk psykoterapiforskning. En kritisk översikt. I: Alnaes, R. & Johnsen, G. (red.): Psykoterapi III. Fabritius & Sønners Forlag 1971

Mäkelä, Klaus: Behandling som straff. I: Nestius, Hans (red.): Behandling som straff. Verdandidebatt 23. Debattinlägg om nordisk kriminalpolitik. Prisma 1969. s. 116—117

Mäkelä, Klaus & Tuominen, Eero: Puolimatkantalo alkoholistien hoitomuotona: Pajakiven hoitokoti. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 29. Helsinki 1967

Norman, Karin: Retorik och sociala gränser i ett terapeutiskt samhälle. AWE/Gebbers 1978

Norris, L.: Analysis of 1977 survey of the membership of AA. 32nd International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Warsaw, Poland, September 6, 1978

Päihdeasiainneuvottelukunnan mietintö. Ehdotus päihdeongelmaisten huollon kehittämistä. Komiteanmietintö 1978: 40. Helsinki 1978

Savio, Annikki: Alkoholismin hoidon tulokset. Järvenpään sosiaalisairaala. Marraskuu 1979. Moniste

Thelander, Anna: Hasselakollektivet. En rapport om vårdinnehåll och vårdideologi på ett hem för unga narkomaner. Prisma 1979

Tiimi. A-klinikkasäätiö. Teemanumerot 2 ja 3/1980

Vaglum, Per: Unge stoffmisbrukere i ett "terapeutisk samfunn". Klinisk og sosialt forlop under og etter behandling. Oslo universitet 1978

Vården av alkoholmissbrukare. Problem och möjligheter. Socialstyrelsen redovisar 1978:4. Stockholm 1978

Österberg, Ingalill: Om att bedöma terapi. Alkoholpolitik 35 (4): 161—165, 1972.

*Alkoholipoliittikka Vol. 45: 156—164, 1980*